

編號：CCMP96-RD-008

承接岐黃薪火傳承台灣中醫衣鉢(2-1)

賴榮年

台灣中醫家庭醫學醫學會

摘要

研究目的：

「老中醫之經驗傳承」是台灣中醫藥文化一脈相傳的重要特色，本研究將蒐集彙整台灣中醫名家的獨特診療方法及經驗相關寶貴知識，並將其錄影資訊化後得以永久保存，進而推廣宣導、流傳後世。這些獨特診療方法及經驗已成為台灣中醫藥發展史的重要組成部分。過去因受傳統教學方式的限制，許多名老中醫的經驗、診療技術不易推廣。年輕的中醫師雖有心學習，但礙於名老中醫的體力、時間及各別中醫師想學習卻又交通不便等因素，而往往使名老中醫之診療經驗及獨到心得不易傳承。台灣優異的網絡技術及多元的應用，突破了時間和空間的限制，使得過去的限制及無法傳承的遺憾得以解決。研究成果將成為中醫藥委員會傳承台灣寶貴中醫藥知識的指標，使年輕的中醫師更便利而正確的學習，以補強中醫臨床教學之不足、提高中醫師再繼續學習的興趣、與了解名老中醫提昇醫療服務的方法及其知識的來源。

研究方法：

本研究計畫的名老中醫以”老中醫”及”名中醫”兩種教師之診療經驗及獨到心得為教材，研究方法以質性研究的深入訪談法為主，預期能引導名老中醫傳承中醫的使命感，將其學術源流，學習歷程、診療經驗，或獨到之心得，能做主觀的陳述。計劃執行以錄影及錄音方式記錄名老中醫的個人陳述及行醫經驗，並整理匯集為文後，得以保存台灣中醫藥寶貴的文化資產。

結果與討論：

共採訪 22 位名老中醫。大多數名老中醫師均認為要熟讀古籍，並建立臨床的師徒制，以減少資淺的醫師摸索的時間。臨床治療需仍需要運用現代醫學的知識，也就是將西醫辨病與中醫辨證相結合。並積極推動中醫實證醫學，將文獻上的有療效的治療知識不斷重複運用在病人身上，並反覆驗證，因此臨床上學習中醫的相關知識，仍必須從病人身上獲得。建議主管機關應積極推動中醫住院的病房訓練，對於有意願從事教學的名老中醫師給予相對的榮譽制度，以茲獎勵。

關鍵詞：名老中醫、臨床經驗、傳承、中醫學

Inheriting the Experiences from Veteran Practitioners of Traditional Chinese Medicine (2-1)

Jung-Nien Lai

Taiwan Association for Traditional Chinese Medicine of Family

ABSTRACT

Aim:

Traditional Chinese medicine (TCM) is a great treasure house which is inheriting the experiences of veteran TCM practitioners from generations to generations. This study intends to collect the experiences of veteran TCM practitioners in their therapeutic principles, rich clinical experience, and unique methods of diagnosis and treatment. Using digital technologies, we offer the best promise for the preservation of these precious data, for they give permanent storage, wide dissemination, and flexible access. In the past, the old code of TCM training has followed the way of experiential learning theory and apprentice system. The veteran TCM practitioners' experience forms the basis of all their insights and knowledge of TCM. Then, they developed specific languages of TCM and then invented different mechanisms to propagate knowledge derived from their experience. Because of these limitations, the knowledge of veteran TCM doctors was never well propagated. Therefore, this study is so important to meet the critical need for new generation of Taiwan TCM doctors, who are eager to realize the right way to read ancient books, to understand more therapeutic principles for prevention and treatment of disease, and to practice unique methods of diagnosis and treatment of veteran TCM practitioners. Undoubtedly, this research can achieve the goal, such as preserving these knowledge of TCM, imparting new generation TCM doctor more conveniently and efficiently, reinforcing the insufficient clinical training of TCM, raising the motivation of continuing learning, providing patients better treatment and service, and so on.

Method:

Qualitative study in which 22 senior and/or experienced TCM practitioners participated: through including field notes, in-depth individual interviews, and video-taping. The session themes included positive and negative aspects of

the Western medicine; his academic source and learning tracks, treatment experiences, and unique treatment skills. A transcript based analysis of the interviews was used to identify emerging themes related to benefit factors for TCM on medical care.

Results:

The participants indicated that to pore over ancient TCM books was the most important and essential step to be a good TCM practitioner. Several factors possibly related to how to learn well, such as good tutors, medical knowledge, and passion for learning, were highlighted. The information gained was used to develop a good TCM educational environment for future TCM training.

Conclusions:

Employing qualitative methods to identify accurate diagnosis and effective TCM treatment enabled development of questionnaire items for a cross-sectional epidemiological study of veteran TCM practitioners. Follow up qualitative research may be necessary in order to put the cross-sectional study findings into context and to explore actions or strategies for training TCM young practitioners evidenced from the survey.

Keywords: Treatment experience, inheriting, veteran practitioners, traditional Chinese medicine

壹、前言

中醫傳承兩千多年而綿延不絕，其維護人類健康的療效經歷了長期臨床實踐的檢驗，無論是從先秦兩漢，還是到明清時代，中醫以其卓越的療效惠澤民眾，從而得到不同歷史時期的社會認同。過去中醫的傳承，由於是在農業社會及物質、紙張較缺乏加上交通不便等因素，教學主要以跟師學徒為主，且往往是生徒直接參與臨床，從背誦《藥性賦》、《湯頭歌訣》開始啟蒙⁽¹⁾。二十五年前個人就讀中醫系時，有幸拜師於當時基隆中醫師公會理事長楊清福老中醫師門下。期間由學徒工作做起，從烘藥、熬蜜、做藥團及藥丸等的經驗，非常實務，所背誦的書有《雷公炮》、《湯頭歌訣》、《萬病回春》等，也非常不同於在教學醫院的訓練模式。另外以大陸中醫學家朱良春為例，他自述當時的學習模式是“上午跟診抄方，---他說一個方劑的名字，那你就必須馬上寫出來，你寫不出來就很難堪了，所以我們回去了以後呢就必須認真地讀書，把方劑要弄得很熟。”⁽²⁾這種模式與中醫院校規模辦學、大量培養中醫學生的模式是非常不同的。現在中醫院校模式與西醫類似，中醫學生先學基礎學科，後學臨床各科，再臨床實習。雖然培養畢業的人數比傳統師帶徒傳承模式大量，但有些現象卻值得注意：學生在校學習陰陽五行卻不知用在哪里；甚至於本科畢業還有人在四處求教中醫如何入門；臨床診病處方戰戰兢兢，要能靈活變通更是困難重重⁽¹⁾。個人於醫院帶中醫臨床學生超過十年，有此深深的感受^(3,4)。

大陸從 1956 年開始中醫院校的教育模式，經歷了五十年後的今天發現，目前大陸的中醫藥碩士、博士生教育體制，不是讓他們在中醫藥領域裏繼續深造，不是在中醫理論基礎及臨床診療水平上加強與提高，而是按照西醫要求，注重儀器實驗，要求碩士做到細胞水平、博士做到分子水平才能畢業。因此，不少中醫碩士、博士甚至不會用中醫理論與技能臨床看病，難以稱為真正的中醫。而這一批老師又主要在中醫院校培養新一代中醫學生。故難怪有人擔心，照此發展下去，大陸中醫有消亡的危險⁽⁵⁾。也因此之故，陝西省中醫藥研究院於 2004 年 6 月由鄧鐵濤等 12 位全國著名中醫學家聯名發起“首屆著名中醫學家學術經驗傳承高層論壇”在江蘇省南通市舉行，主題是“承接岐黃薪火，傳承中醫衣鉢”，並選粹彙編成《名師與高徒》一書⁽⁶⁾，希望能將 50 年代以傳統方式培養為數已不多的大陸知名中醫的診療經驗及獨特心得加以彙整保存，以免這些寶貴的中醫診療技法、秘方等面臨失傳的危險。

台灣中醫的歷史發展與大陸相近，應該也會面臨與大陸一樣中醫傳承的議題。衛生署中醫藥委員會高瞻遠矚，號召保存台灣名老中醫過去四十年累積本土的診療經驗及獨特心得，台灣因為地域、氣候、人文的不同，

衛生署中醫藥委員會此舉將比《名師與高徒》一書對台灣年輕的中醫師、生，更具實用性、歷史性、特殊性及啟發性，也表達尊重傳統師徒傳承方式的貢獻，並給予台灣中醫老前輩以一定的學術及歷史地位。

本研究的目的是在於協助衛生署訪察民間確具特殊傳統中醫診療技能及學識之老中醫，藉由深度訪談的方式收集資料，來了解老中醫的學術源流、診療經驗及獨特心得，以便未來中醫教育、訓練、運用或中藥生物科技發展的重要參考及指引。透過錄影、錄音等方法逐一搜集資料，並以質性研究法分析、建構老中醫診療經驗及獨特心得的發展模式，記錄個人相關行醫或藥學經驗整理為文，以匯集保存台灣中醫藥文化資產。

貳、材料與方法

一、研究對象

本研究計畫的名老中醫以”老中醫”及”名中醫”兩種教師之診療經驗及獨到心得為教材，原先的計畫中，是鎖定行醫 50 年以上的「老中醫」為主要採訪對象，但因擁有如此資深資歷的老中醫人數有限，且常因為身體不適、沒有意願或其他理由，不願受邀，而致研究人數不足者，故實際執行時，將年限放寬為行醫資歷 20 年以上的「名老中醫」，其中亦包含由各縣市公會、學會提供的老中醫、名中醫作為參考名單，原則上以學有專精，熱心從事教學者及中醫界共同認同之岐老以作為本研究計畫之研究對象。故研究對象的來源，主要透過研究者本身於中醫界的網絡，經由熟識的師長及同儕介紹合適的老中醫，再由研究者主動與有意願者聯繫，針對本研究之目的、訪談進行的方式以及資料的處理加以說明，並確認老中醫意願。對於不願或無法接受訪問者，本研究將收集該名老中醫發表之論文及著作，作為本研究計畫的成果之一。

二、研究方法

本計畫原本以焦點團體研究法為主，輔以深度訪談法，預期能引導名老中醫傳承中醫的使命感，將其學術源流、學習歷程、診療經驗，或獨到之心得，做主觀的陳述。

焦點團體法具備了下列的優點：

- 1.省時間，也較容易執行。
- 2.較易探索到較廣的議題，並且引導出新的假設。
- 3.對研究者有興趣的議題，較易探出各種團體的討論和互動特徵。
- 4.對具有爭議性(controversial)的議題，較易激發受訪者的各種不同反應，和進一步的討論。

根據研究指出焦點團體法所引導出的互動關係，可以促使團體成員有相當程度的參與感，並產生所謂「即興反應」的效果，使他們能用「自然習慣」的語言去表達、挑戰，並反應各個成員的經驗和解釋，這種成員間的互動可以提供研究過程中有多方面洞察並理解之機會，是一對一訪談模式所缺乏的；然而「即興式」、「互動式」的特長，也可能成為此法的「缺點」。

實際執行的過程中，發現以焦點團體研究法為主並不合適每位老中醫，因為每位老中醫的師承不同，各自的觀點與理論也不同，在這類背景的限制上，要將老前輩們集合起來開放經驗討論，更是有難度，對主題興趣的動態走向，不能由研究者來主導對談，因此資料本身可能混亂的多，所以老中醫們資料的相互對照比較性也就相對地打了折扣。

訪談方法在質性研究中是蒐集資料的重要方法之一，本研究主要是想瞭解資深中醫師行醫的歷程與經驗，其中由於生活經驗與行醫歷程無法以

觀察或藉由其他研究方法發現，唯有透過深度訪談才能獲致更深層面的理解，因此本計畫藉由與受訪者彼此交流互動的深度訪談，相關知識及受訪者的生活經驗也將自然流露⁽⁷⁾。

因此本研究改採以質性訪談的方式進行。質性研究的訪談是一種有目的的談話過程，研究者經由談話過程，進一步了解受訪者對問題或事件的認知、看法、感受與意見⁽⁸⁾。半結構式訪談(semistructured interviews)是介於結構式訪談與非結構式訪談之間的一種資料蒐集方式，在進行訪談之前必須根據研究目的與問題設計訪談大綱，作為引導訪談的方針；雖然訪談的問題相同，但是由於受訪者對於問題本身的認知及個人生活經驗的不同，往往導致受訪者的反應會有很大的差異。因此訪談大綱的設計只是為了要讓訪談更為流暢，所以在引導式的問題之後會緊隨著開放說明式的問題，用以詢問受訪者的感受、認知與內在想法⁽⁸⁾。整個訪談過程研究者將會依據實際訪談情況，適時地對問題進行彈性調整，如當訪談者對受訪者所回答之問題希望獲得更多訊息時，可再針對受訪者之回答進行追問其他問題⁽⁹⁾。但有些老中醫不易被引導，如張正懋道長，他表示事前有準備，不想用提問的方式進行，希望由自己陳述；有些醫師著重於講述自己的生活歷練，勝過分享臨床診療經驗，所以並非所有資料皆可順利收集到，主持人也發現有些訪談的內容，老中醫也不願意明講，例如：處方的成分、劑量等，但基於尊重個人苦心鑽研的成果，便不繼續追問。資料分析乃秉持質性分析，運用半結構式訪談法，讓受訪者的名老中醫師，陳述其個人行醫的生活經歷、對疾病治療的感受及用藥的經驗，以錄影及錄音方式記錄名老中醫的個人陳述及行醫經驗，並將內容以逐字稿方式完成，由於逐字稿內容龐大，且經二次校對，故耗費大量人力完成，故本研究的第一年僅就部分資料進行分析，分析訪談資料的方法是口語資料分析法(Protocol analysis)，它與內容分析法最大的不同在於此法是在完成訪談逐字稿後，先進行剪貼分類，剪貼技巧的第一步是瀏覽整篇逐字稿，並仔細找出和本研究相關的部分，如習醫的經驗，用藥的習性及見解。憑藉著這初步的閱讀，發展出以西醫病名及專病為主軸的主題，並區別出在逐字稿內有哪些部分與主題相關與不同，根據主題與內容的關聯性進行初步的概念化定義，即可進行下一階段的「編碼」。編碼是將蒐集來的資料分解成一個個單位，仔細檢視並比較異同，再針對資料中所反映的現象而提出未來擬訪談的問題及主題。透過熟讀受訪者的回答，並且持續思考該內容與研究主題間的關係以及所代表的意涵，同時於編碼處記錄下感想與評註並標出受訪者表達之重點及關鍵字，再將每份逐字稿的內容與位置給予不同的分類編號碼之後就可以進行核心資料的分析，即「建構類屬及概念化」，將西醫病名及專病為主題資料歸納後，根據其所涵蓋的意義賦予一個適當的概念名稱(西醫病名及專病)。目前形成研究中的主要核心類屬為以症狀呈現為主的西醫病名及專病。

參、結果

一、計畫執行狀況分析：

計畫執行前，便發文至各地中醫師公會及中醫專科學會，請各會提供具特殊傳統中醫診療技能及學識之老中醫名單，並為之造冊建檔，在此感謝各公會及學會的鼎力幫忙。實際邀請的過程沒有想像中順利，在邀請前輩的時候並非得到很正面的回應，以台灣中醫家庭醫學醫學會之名義發出正式邀請函 80 封，同時以電話邀請 78 人，回函僅 10 封，其中有 6 人同意受訪，4 人拒絕；另有 3 人未回函，但於電話邀請中同意受訪，30 人未回函，但於電話邀請中拒絕受訪，其餘 37 人未回函，也未表明是否接受訪問。電話邀請有 3 人同意，33 人拒絕，1 位已過世，34 人未聯絡上，1 人考慮中，為了表示誠意及把握與名老中醫接觸的機會，甚至需親自前往診所遞送資料與聯繫訪談事宜。

另外，透過研究者本身於中醫界的網絡，經由熟識的師長及同儕介紹合適的老中醫，再由研究者主動與有意願者聯繫，如：羅秀琳、董延齡、張正懋、姜通、周左宇、陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士、黃碧松、陳俊明、程惠政、王清福、李政育、林昭庚、郭明亮、丘應生、林文彬醫師。

二、第一年已採訪名老中醫如下：

目前已採訪的名老中醫有 22 位，均已錄影保存影像資料(依訪談時間排列)：羅秀琳、董延齡、張正懋、姜通、周左宇、張駿、彭新騰、鄭歲宗、陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士、黃碧松、陳俊明、程惠政、王清福、戴吉雄、李政育、林昭庚、郭明亮、丘應生、林文彬醫師。

三、研究中訪問老中醫採取兩種模式：

(一)第一種模式：一對一訪談

此種訪問方式優點為可針對單一老中醫做既深且廣的了解，但缺點是耗時以及耗力。一對一訪談之老中醫有：羅秀琳、董延齡、張正懋、姜通、周左宇、張駿、彭新騰以及鄭歲宗醫師。

以張正懋老中醫學習歷程為例：

張老中醫的祖父是中醫，外祖父也是中醫，不論內親外戚都是中醫，是真正的中醫世家。從小眼目所及都是有關中醫的東西：父親要他背中醫典籍，小時後便看著親戚長輩炮製藥品、看病、問診、抓藥...甚至平時自己身體微恙就能夠自己抓藥自己調理。張老中醫運用中藥的境界已經是生活即中醫，中醫即生活的境界。

儘管從小耳濡目染很早就立定志向，不過張老中醫對於中醫的願望並不只有個人修習中醫。民國六十年代，中醫並未列入大學教育，大學中沒有中醫學系可以選取。當時，若要成為中醫僅有考國

家的中醫特考，取得中醫執照。這並不是一個健全的中醫教育環境，中醫傳授總是用師徒制度或是單傳制度，使得許多奇方妙藥失傳，中國祖先的智慧這樣流失非常可惜，因此不知張老中醫或許是謹慎也可能是謙虛，他沒有固定的拜師，他所採取的態度為「三人行必有我師焉」，每個後輩、每個前輩都是學習的對象。再加上他看見西醫採大學教育，能夠有系統的教育新血，因此他主張用中醫中藥來辦大學教育。

他認為政府應該把中醫書籍及文獻做個好好的整理。「務法之源其所」黃帝內經是一本很好的古籍，張老中醫希望同道同業能夠幫助中醫的發展，好好的把這一本書詳細著述整理。中國有許多名醫典籍也多有謬誤，篇幅也有缺失散軼。他也希望衛生署中藥委員會能夠把民間偏方做一個整理，不要讓老祖先的智慧失傳。

(二)第二種模式：舉辦一系列「資深中醫師經驗傳承研討會」

1.此種模式優點是節省時間，一次可訪談四到五位資深老前輩，也可藉由其他與會醫師的提問來彌補因為時間不足所以需要依重點或分科來訪問之不足。此種研討會共舉辦過三場，第一場時間在民國 96 年 12 月 9 日，受訪名老中醫有陳春發、陳旺全、鄭振鴻、林高士及黃碧松醫師，與會出席之臨床醫師共 60 人；第二場時間在民國 97 年 1 月 20 日，受訪名老中醫有陳俊明、程惠政、王清福、戴吉雄及李政育醫師，與會出席之臨床醫師共 60 人；第三場時間在民國 97 年 3 月 9 日，受訪名老中醫有林昭庚、郭明亮、丘應生以及林文彬醫師，與會出席之臨床醫師共 150 人。

2.針對第二種模式發出了 150 份之問卷，共有 110 人交回，有效問卷共有 109 份。其中，學生 14 名，醫師 95 名(醫院醫師 8 名，診所醫師 87 名)。問卷結果顯示，對於問答形式進行的老中醫經驗分享感到滿意、以及贊同明年度再開同樣型態之研討會的醫師皆高達 94%；贊同老中醫之經驗分享對於臨床工作或實習有幫助的醫師有 96%；認為主持人之提問與自己想了解的相符合的有 86%；而若有機會想跟老中醫診的醫師及學生也高達 86%。

經由此份問卷可以了解到此種模式之研討會不但比一對一訪談有效率，也可以使更多中醫同道直接面對面向老前輩們討教，也可強烈感受到中醫同道對於更多老前輩們分享寶貴經驗之渴望，達到培育有興趣向老中醫學習的中醫師 40 人，直接學習到老中醫診療經驗或獨到之心得之目標。

四、名老中醫的臨床經驗彙整：依採訪結果修改成訪談重點整理，並將其內容依病名症狀、病機與看法、治療方式、方藥整理成表格。

(一)林高士醫師的臨床經驗：

茲以甲狀腺造成的凸眼症為例，病機大概就是我們的眼底後面，就是眼睛後面的脂肪沈澱在上面，中醫講就是跟痰、跟瘀有關係，治療重化痰軟堅的藥，還可以加活血化瘀劑進去；原發的疾病還是要治療，把甲狀腺功能過高壓下來，整個治療方法，還是以化痰軟堅為主軸，藥物：因為這是一個慢性病，利用朱教授的一個稀痰丸，用 1 號跟 2 號，兩個同時用，脂肪代謝方面，薏仁，重用薏仁；慈菇、殭蠶、絲瓜肉、皂角刺、川芎、赤芍亦可使用；病程長的時候，可以使用海藻昆布，劑量上，薏仁起碼要用到一兩以上，慈菇的話，慈菇有小毒，五錢左右，大概吃個四天休息三天左右炮製上，薏仁先泡水到半個小時。

(二)姜通醫師的臨床經驗：

茲以過敏性鼻炎為例，過去常用小青龍湯，後來覺得台灣的天氣並不適合使用小青龍湯，現已少用。鼻炎帶有容易出汗的體質，多為肺虛，使用補中益氣湯；玉屏風散則效果不彰。

(三)周左宇醫師的臨床經驗：

茲以瘧疾為例，治療穴道為大椎、委中、中脘，發作兩次以後扎才好，都在瘧疾來的兩個小時以前，但不是第一次扎就有效，還沒得瘧疾扎針，是沒效的，得了瘧疾要兩次以後再扎針，扎針兩次以後，來瘧疾之前兩個小時，一個時辰扎針。一般都是瀉法。

(四)張正懋醫師的臨床經驗：

茲以腸胃不舒服、拉肚子、食慾不振為例，以神麩 3 錢加生薑 3 片來服用，效果很好；若喉嚨不舒服，有感冒、氣管有痰、咳嗽，以梨子 3 片、川貝母 3 錢，一比一混在一起，熱成湯喝，連梨子一起吃掉，這樣能治好病，而且對氣管也有幫助；若眼睛發炎不舒服紅腫，用當歸、菊花、川連、黃芩、加冰片放入開水薰洗眼睛。

(五)董延齡醫師的臨床經驗：

茲以蕁麻疹為例，白天的時候是陽，夜晚的時候是陰。白天就是按正規的治，還是那些的去風清熱解毒的藥，承接皮膚的代謝，消風散可以，像荊防敗毒散也是可以，看狀況定。夜間屬陰，血燥有可能，加一點滋陰的藥像四物、生地、麻仁，還有一個方法就是多喝水，促進新陳代謝，適當地運動，像小柴胡湯，再加藿香正氣散，增進他的胃腸的和肝膽的功能，可能有幫助。

(六)黃碧松醫師的臨床經驗：

茲以憂鬱症為例，溫膽湯或是十味溫膽湯跟甘麥大棗湯這一方面來著手，有時候兩個方子會一起，甚至安神的藥琥珀會加上去，

憂鬱症的人，脈比較沈細，容易有胸悶短氣，甚至惡寒怕冷的現象，代謝是比較弱一點，有一部分憂鬱症的人是這樣，甘麥大棗湯會一直用，比較虛的話，養心湯、歸脾湯加減，這些藥對於升血清素，應該有幫助。

(七)陳旺全醫師的臨床經驗：

茲以精神官能症為例，望診時，舌頭伸出來抖抖抖，這是 neurosis，看他不安定，跟他講話，眼睛看來看去，閃爍不定，這個就知道他一定 neurosis，這個時候就要想說，這個不是那麼好治，就是說我們可以，但不是只有扎一次就好，扎神門，然後扎內關，如果看他舌質比較暗紅，好像有時候血壓忽高忽低，就會再扎太衝。

(八)鄭振鴻醫師的臨床經驗：

茲以急性肝炎為例，關鍵是在免疫系統，初期的時候，中醫曉得肝炎方面的話是陰濕陰熱。陰濕有黃疸，陰熱的話，GOT、GPT 升高，所以應該是清濕熱，用的是茵陳蒿湯，不喜歡用五苓散，喜歡用胃苓湯，與脾肝腎有關，平胃散加五苓散是在腎，茵陳蒿湯是清熱。急性期的時候會以茵陳蒿湯為治療主軸，所以肝病急性期的治療，以祛濕化熱為主軸來治療。急性發作期的治療，不要因為倦怠乏力，就用補氣的藥，治療肝病最主要的關鍵是在於免疫，免疫強的時候，補氣會造成 GOT、GPT 破壞性更強。肝功能假如很虛弱，用治肝病的藥，用補氣藥一直調補的話，GOT、GPT 一定降不下來，只是造成肝臟的損傷而已，並沒有好處。

(九)戴吉雄醫師的臨床經驗：

茲以內科運用針灸為例，感冒、咳嗽，特別是咳嗽咳不好，在頭上扎三針，就停下來不咳了，試過很多病人，開藥吃，吃不好不好，扎三針就好了。第一針神庭，神庭下來旁邊有兩個叫胸腔區，頭皮針有胸腔區，一共三針，針下來，再稍微運針一下，咳就停了。另舉間質性膀胱炎為例，看西醫看很久，因有下墜感，而且下面會痛，一站久就痛，可能是中醫方面的中氣下陷，用自己做的太乙神針，灸百會，然後針腳上太谿、太衝，因為中醫講說肝經繞陰器，就扎太衝跟太谿，針了就不痛，並把他的氣提上來，所以從這邊灸，灸完了，就慢慢改善了。

(十)程惠政醫師的臨床經驗：

茲以頭痛為例，有可能是鼻子過敏引起的頭痛；若特定在鼻竇的位置，可能是鼻竇炎引起的頭痛，只要把鼻竇炎治療好，頭痛就會改善；若是壓力性的頭痛，午後比較常發生；也有血壓引起的頭痛及真正的偏頭痛。選擇用藥方面，當然還是根據中醫的理論，寒

症熱症、腎陰虛腎陽虛，不管是用五臟六腑的辨證，還是用十二經辨證，或用八綱辨證等等，再去選擇用藥。

(十一)陳俊明醫師的臨床經驗：

茲以蜘蛛網膜下腔出血為例，大量出血刺激腦部的時候，會刺激腦神經，進一步會使血管收縮。而血管的痙攣收縮，會使血液流出更加嚴重，這種情況下，如果沒有用一些熄風止痙、清熱解毒或是瀉下的藥，就沒有辦法達到治療的效果。而防風通聖散它有芒硝、大黃，在腦壓高的時候，上病下取，使腹壓下降，讓腹壓下降最重要就是瀉下的藥。一般生大黃用到三錢，大黃在這個時候扮演一個非常重要的角色，不但能夠清熱，且中風的病人，像鼻胃管、導尿管的使用很容易引起感染，加上腦部受傷的人整個腸胃的蠕動，就停止了正常的功能，這時如果沒有使用瀉下藥，則腦壓與腹壓都會高。事實上大黃有清熱解毒、瀉下、止血的作用，而大家都不知道大黃在止血這一方面有那麼好的作用，但在臨床上使用確實有相當好的一個效果。

(十二)陳春發醫師的臨床經驗：

茲以失眠症為例，統計上失眠的人，十個有八都是肝實證，二個是屬於肝虛證。以酸棗仁湯治療肝虛證；龍膽瀉肝湯治療肝實證；濕的就用歸脾湯治療；情緒不好的可用加味遙逍散；以龍膽瀉肝湯加酸棗仁、合歡皮、夜交藤、茯神亦可治療失眠。

(十三)王清福醫師的臨床經驗：

茲以腰痛為例，腰痛要用動氣療法的時候，一般都用中渚的穴位，還有合谷的穴位，有的人會覺得說，不是有用腰腿點嗎？腰 1、腰 2、腰 3，其實手部的穴位一般都有效，不一定要找腰腿點的地方。

(十四)李政育醫師的臨床經驗：

茲以神經肌肉疾病為例，中醫叫痿症，痿症有個叫中樞神經痿、有週邊神經痿、有胸腺痿、有酵素的痿。中樞神經痿就是像中風，像葛林巴內氏症這個脫髓鞘反應；眼科裡面的瞼廢症這個是痿，像好比說口眼歪斜，顏面神經麻痺，這個是病毒性感染或是中樞性的。那麼胸腺萎的有痰飲、有頑痰怪飲，有氣虛痿，這個在西醫算胸腺萎縮型的佔百分之二十，有淋巴中樞型的佔百分之七十，有腫瘤型的佔百分之十。腫瘤裡面有惡性腫瘤有良性腫瘤，惡性腫瘤很少佔百分之一、百之二而已。這個時候如何把中西醫串聯起來呢？在神經傳導介質引起的痿，在西醫最常用是用乙酰膽鹼，這個痿在中醫叫「痰飲痿」，這是痰熱還是寒飲也是要考

慮的問題。

(十五)丘應生醫師的臨床經驗：

茲以尿蛋白為例，臨床上熱證會用知柏地黃丸加黃耆、益母草 7 至 8 錢，益母草不止婦科好用，泌尿系統方面也很有效，益母草本又能活血。寒證方面，用八味地黃丸。若是小便不利，濟生腎氣丸很不錯，固有成方人家已經設計出來就檢現成拿來用，我會重加黃耆 2 兩、益母草用 8 錢左右。

(十六)郭明亮醫師的臨床經驗：

茲以靳三針為例，靳三針就是三針便可以治療好病，三次就可以好了。以十二正經為主。規律是以上下，左右巡經取穴。如眼三針，可治療視神經萎縮，黃斑變性，視網膜脫落等，三針的順序分別為：(1)睛明穴上 2 分，向眼底進針 1.2—1.5 寸；(2)眶下緣中點，向眼底進針 1.2—1.5 寸，將眼球向上推；(3)眶上緣中點，向眼底進針 1.2—1.5 寸，將眼球向下推，扎完三針，即可有很好的改善。

(十七)林昭庚醫師的臨床經驗：

茲以針灸的劑量與補瀉為例，劑量的掌握十分重要：強刺激、弱刺激、針刺深度都要能夠運用自如，這些知識可由古籍、文獻中獲得，另外臨床的練習也非常重要，在養成教育的過程當中，奠定好豐厚的學識背景與臨床經驗對之後的診療會非常有幫助。針灸要秉持著「兩害相全取其輕」的觀念，在作用與副作用間做衡量，才可達到最好的治療。

(十八)彭新騰醫師的臨床經驗：

茲以中藥的炮製與處理為例，有些藥彭醫師仍堅持自己處理，如：蜜黃耆、炙甘草、麻黃、細辛等，例如使用米糠來炒藥，先炒米糠，再炒藥，可將藥材的毒或是藥味去除，常用來炒白朮、桃仁、枳實等，科學中藥因為炮製的問題，常聽到有馬兜鈴酸、黃麴毒素，也發生長期服用導致腎衰竭的問題，但透過自己親手處理之後，的確可以將藥中的毒性減低，因此，即使手續繁複，需要花很多的時間，但仍堅持親自處理的程序。

(十九)鄭歲宗醫師的臨床經驗：

茲以改善體質為例，現在小孩子體質很差，由於西醫產生的副作用，使得孩子的身體較虛，例如慢性支氣管炎、過敏性疾病等，剛開始只是治標，後來都會建議要調養身體才能把病真正治好。或是像婦女調經，尤其是現在年輕婦女工作或功課壓力大或是愛吃冰，無形中造成經期很亂或是經前症候群很明顯，因此建

議要在月經前十天或是月經完後要進行調理，月經調順後可以改善其他毛病。失眠症、睡眠障礙等臨床治療也都有。建議兩三歲的孩子就可以開始調理，尤其是過敏體質的小朋友，看西醫沒有根本治療，因此建議看中醫；兩歲以前建議要吃清淡的東西，少吃肉類、多運動、肉跟牛奶其實都不好，會引起時下許多毛病，建議吃豆漿或米漿。一般月經不正常的原因，可分經前與經後，經前的調理是以滋陰為主，排卵後則以補腎為主，補陽調理，這樣就會比較正常。月經的正不正常，跟懷孕機會有關，甚至更年期症候群也會比較少。

(二十)林文彬醫師的臨床經驗：

茲以傷科用藥為例，一般使用生川烏、生草烏需煎煮一小時以上，以破壞毒性；用於止痛時，會加川烏、草烏、雙面刺。如果使用到馬錢子，需去皮，以煮滾的麻油(溫度約 900 度)，煮約一秒，即撈起，研末備用。地龍散一般可以用來治療神經痛。傷科外薰，常會用到八仙逍遙湯，其中苦參根用 5 錢，其餘藥材 2-3 錢。一般傷科的外用藥，加梅片的目的，可以用來防止皮膚過敏。

- 五、疾病之橫向整理：以專病為分類，將受訪者的對疾病的看法與治療方式、方藥，整理成表格。
- 六、以症狀為主之整理：依照症狀分類，匯集各名老中醫的看法與治療方式、方藥，整理成表格。

肆、討論

一、科學中藥粉於辨症論治的處方模式：

在臨床實踐中，辨證論治是傳統中醫學的核心。辨證是望、聞、問、切四診所得的基礎上進行診斷的辨證思惟。把四診所得的資料，在八綱初步分析的基礎上，作進一步的分析與綜合，抓住疾病的本質，然後判斷出其證候及疾病。辨證的方法很多，在長期的臨床實踐中形成了病因辨證、經絡辨證、氣血津液辨證、臟腑辨證、六經辨證、衛氣營血辨證、三焦辨證等。但是目前台灣中醫師的養成教育方式所訓練出來的中醫師已逐漸轉向採用辨病論治，綜觀這一系列的老中醫對談過程中，不乏某病症用某方治療或是某穴位是治療某症的特效穴等論述。例如：陳春發醫師提到臨床上遇到咽痛的患者會使用銀翹散與麻黃湯合方來治療。雖有學者在辨病論治的基礎上酌加辨證論治的精神，如：痛甚加何藥、血瘀加針何穴等。這樣的辨證論治與傳統的辨證方法已有極大的差異，就臨床療效來說，卻仍能保有一定的水準，我們依此經驗重新思考「科學中藥粉於辨症論治的處方模式」的可行性？大陸研究傷寒論的專家劉渡舟老中醫亦於其提倡的古方經方接軌論中，特別指出六味地黃湯與麻黃湯之接軌用法，提出治療小兒尿床醫案⁽¹⁰⁾我認為辨病論治只能治療一部份典型的患者，遇到複雜或是非常態之病況，醫者仍須重拾中醫的基本精神「辨證論治」，以求提高治療效果。

二、辨病與辨證的結合

本計劃所採訪的資深名老中醫師中只有周左宇醫師不用現代醫學的觀念，其餘的資深中醫師或多或少均會提到現代醫學在臨床上的運用。

我們都知道辨證論治是中醫學的基本特點之一。辨證，就是將四診所收集的症狀和體徵資料，通過分析、綜合，辨清疾病的原因、性質、部位以及邪正之間的關係，概括、判斷為某種性質的證。論治之時，皆據證議方、處方、用藥，著眼點全在於證。西醫臨床在於辨病，病是對疾病發展過程的概括，而證則是疾病發展過程中某一階段的概括。一個西醫疾病可有多個中醫證候，而一個中醫證候可見於多個西醫疾病中。病證結合既針對中醫的證，又針對西醫的病，使證變化規律與病變化規律相結合，以求從病、證兩個方面獲取疾病的本質⁽¹¹⁾。

臨床上也有不少病人無任何自覺症狀，飲食起居、睡眠各方面均無異常，而經醫療儀器檢查卻可發現異常。如 B 肝病人，往往是在體檢時發現肝功能及 B 肝病毒血清學標誌不正常。又如冠心病早期的病人，可以既無心絞痛，又無脈象上的異常，但心電圖不正常。按照傳統中醫辨證論治，病人沒有自覺症狀，中醫就無證可辨，這都需要結合西醫辨病治療⁽¹²⁾。

三、推展中醫的實證醫學

由於大多數的資深名老中醫均會運用辨證與辨病做結合，因此現代醫學知識的獲得就顯的十分重要。然而現代醫學的知識日新月異，想要快速熟悉現代醫學知識，實證醫學將會是一個重要的捷徑。

這也就是為什麼衛生署中醫藥委員會近幾年來大力推動中醫師對於實證醫學的認識，並推動相關中醫實證之研究⁽¹³⁾。希望藉由實證醫學觀念的推廣，以改善醫療服務的品質，並提高醫療資源的有效運用。改善臨床教學、繼續學習、與醫療服務的內涵及其知識的來源。促進專業人員間的合作及互動，以團隊的方式來進行系統的文獻評估，使中醫師更能掌握中醫實證醫學，以提昇中醫師對於中醫藥相關研究的興趣。於 2006 年以各綜合醫院中醫部、中醫醫院等教學單位的中醫師為培訓主要對象，舉辦一系列實證醫學學習工作坊，共 94 位中醫師完成為期 6 個月的實證醫學訓練。2007 年以開業診所負責醫師為培訓主要對象，共 60 位中醫師正接受實證醫學訓練。希望未來臺灣中醫界，透過這群實證醫學種子教師的團隊，建立以實證為基礎的醫療服務提供，進而推廣全國中醫醫療機構發展各專業層面治療準則的能力，滿足中醫師對臨床知識的需求⁽¹⁴⁾。

伍、結論與建議

隨著時間的流逝，許多老中醫開始凋零，因意識到老中醫獨特臨床診療經驗與心得為台灣中醫藥文化寶貴的資產，如未能將其臨床經歷傳承下來，甚為遺憾，故於 2006 年 10 月，提出此計畫，列出預計採訪的老中醫名單，當時張家駒道長亦列入其中，待計畫於 2007 年 4 月份正式執行期間，張家駒道長卻已辭世。張道長平日熱心教學，對於公會的會務與活動皆積極參與，記得有一次我受邀到公會演講，張家駒道長告訴我，當天所準備的投影片中有錯字，需要修正，以免誤導學習，又，計畫開始執行之後，首先邀請 90 歲以上的年長長輩：姜通、張正懋、周左宇，其中，張正懋道長在 2007 年接受訪問時，活動自如，說起話來神采奕奕，且事先做了準備，即使沒有提問，也可以一口氣暢談一個多小時的學習經驗、養生秘訣與現代營養學，沒想到於今(2008)年 2 月，突然接到張正懋道長去世的噩耗，非常錯愕。張家駒道長熱心參與公會活動，又願意提出自己見解；張正懋道長無私地分享自身寶貴經驗，兩位道長的隕歿實為中醫界的重大損失，更突顯出經驗傳承的重要。

由於經費減縮，所以實際上通過的經費不足以訪談 20 個老中醫，只能訪談 10 位，但計畫書中於先前以說明訪談 20 位，因此我們還是勉力而為訪談完 20 位資深名老中醫，中間超支的費用實際上皆由學會的經費加以補貼。本研究採取訪談模式，所以有時候需登門拜訪，在沒有帶禮物的情況下，似乎是一個較尷尬的狀態，很多時候都是由主訪的醫師自掏腰包買見面禮，也礙於經費的關係，參與訪談的工作人員需自行負擔交通費，增加了參與人員本身的開銷。有一些老前輩的口音較重，無法清楚瞭解其語意，對於所講述的藥方與處置，有時打逐字稿無法完全還原呈現，又，有的老前輩經驗非常豐富，也樂於分享，但一次訪談兩個小時是較適宜的時間，受訪者不易感到疲累，也不至於佔用太多時間，因此需要分次採訪，如姜通、周左宇、陳春發、戴吉雄、丘應生、陳旺全幾位老前輩，訪談時間不足，尚有許多議題可以深入探討，例如：丘應生醫師，其專長遍及婦科、用藥、不孕與針灸，舉針灸為例，丘醫師教導長庚醫院中醫孫茂峰主任運用頭皮針，使腦性麻痺的孩童能有明顯的改善，造福許多患有此疾病的家庭，以致於後續需進行第二輪的深入訪談及補強，但沒有安排再次登門拜訪的經費，亦是一個經費的限制。另外在拍攝示範手法的時候，常需要雙機或三機拍攝，計畫的經費無法支付，因此改以重複拍攝取鏡的方式替代，同一受訪者約需拍 2-3 次，才能將手法最完整地呈現，未來的計畫需改良此部分的經費問題，希望在這方面的經費可以通過。

本研究由一位專任研究助理邀約訪談人選、負責訪談、收集資料、前置工作、訪談錄音、打逐字稿，並做後續的資料整理，參與影片後製。每位老中醫的訪談時間平均為兩小時，需聽打成逐字稿，一個小時的訪問打成逐字稿需花 6 小時的整理與確認，每次訪談的逐字稿平均約 20,000 字，20 位老中醫共 400,000 字，另動用住院、實習醫師二校、三校，一位老中醫共需花 4 小時校正，並因為要在影片上面呈現字幕，需配合剪接公司上字幕及校正，一位老中醫需盯剪一次，校正字幕三次，平均要花 8 個小時在影片的製作上，有些受訪者講話較無層次，需要花更多的時間去剪接，去蕪存菁，因此實際完成一位老中醫的訪談資料，光後製就需 24 小時以上，20 位老中醫需超過 480 小時，加上事前的聯繫、資料收集與前置作業更是難以估計。

實際上，邀請的過程沒有想像中順利，國內資深名老中醫對於經驗傳承的觀念沒有很強的意願與感受，在邀請前輩的時候並非得到很正面的回應，除了可能是一開始的邀請方式不夠正式，曾被誤認為是詐騙集團，也可能因為聯繫資料不完整，聯絡電話大多留診所的號碼，很難直接聯絡到本人，或只能在看診的時間打電話邀請，但如此又常打擾到看診，甚至因為在看診而拒接電話，喪失很多直接聯絡的機會，另外，雖然有住址，但不免有漏接郵件的情形，信件的回收率也不高，以台灣中醫家庭醫學醫學會之名義發出正式邀請函 77 封，回函僅 9 封，其中有 5 人同意受訪，4 人拒絕，所以為了表示誠意及把握與名老中醫接觸的機會，常需親自前往診所遞送資料與聯繫訪談事宜，在上述各種情況之下，前置工作變得十分費時，也顯示出人力的吃緊。任何的質性研究皆會面臨受訪者拒絕的情形，本研究亦不例外，另外即使是受邀的中醫師，有些在訪談中亦規避用藥經驗及實際處方、用藥及劑量，此是否為中醫師仍存有「秘方」、「家傳」等的觀念，無法完全排除，雖然這不是本計劃的研究重點，但此現象將在二年計畫皆完成時一併討論。

計畫執行的過程，雖然受到很多的限制與困難，但在全體同仁的努力下，還是順利將計畫完成，亦和幾位名老中醫建立良好的關係，例如：周左宇醫師與台北市立聯合醫院中興院區中醫科主治醫師沈邑穎，張駿醫師與台北市立聯合醫院中醫院區住院醫師何英強，王清福醫師與台北市立聯合醫院陽明院區中醫科主治醫師葉家豪，均有維持密切聯繫。另外丘應生醫師、陳俊明醫師亦同意撥空指導本院中醫科住院醫師與見實習醫師。事實上，這些名老中醫超過一半以上沒有在醫院看診，能夠直接跟著他們學習的機會少之又少，透過此計畫的進行，建立一座良好的學習平台，對中醫後輩無疑是一大福音。將拍攝資料有系統地整理成影音檔，包含專病、養生與針傷科手法(皮內針、推拿等)示範，更是造福廣大的中醫同道，讓未

能親臨現場的人，透過影音檔原音重現，學習老前輩的經驗與精髓。有鑑於多數名老中醫為自行開業，建議貴委員會或全國中醫師聯合公會可研擬出一套配套措施，使名老中醫們有意願教學，或是由政府建立一套實質補貼或是榮譽獎牌等無價鼓勵的榮譽制度，鼓勵名老中醫們以「師徒制」的方式參與培育優秀中醫後輩的行列。

熟讀古籍與師徒相傳，幾乎是所有名老中醫的共同見解，有幾位名中醫特別強調跟中醫相關的學習，以李政育名中醫而言，在訪談中提到許多急重症疾病以及在加護病房照顧病人的經驗，顯示住院的中醫照顧能夠提供更多更詳細的量化資料做為中醫療效的佐證，另外，陳俊明與陳旺全直接點出中醫住院對中醫學習的重要性，這兩位都是台北市中醫師公會的歷任名譽理事長，且在醫界頗具威望，在推動中醫品質提升有多年的經驗兩位醫師皆是特考出身，沒有正式的醫學院訓練背景，不過在其中醫師養成的階段，皆曾在西醫綜合醫院部門裡面，接受一定程度及時間的西醫訓練，並深刻體認到西醫醫學之所以蓬勃發展，住院的照顧為其重要的照護及教育訓練，故中醫若要能夠品質提升，從他們過去累積的經驗來看，認為中醫住院是一個學習中醫非常重要的管道，熟讀古籍、師徒相承以及中醫住院分別是我們質性研究分析資料的過程中，所萃取出來的主題，彼此之間對某些受訪者來說，的確是獨立不相干的主題，但對上述的受訪者卻是兩個極高相關的主題，即便是在中醫住院照顧的情形之下，也是需要熟讀古籍的中醫師，才能提供正確的中醫診斷及中醫治療，因此從本研究分析的結果，應該是相輔相成。主持人已開始落實此項制度，在本院的產後照護中心建立名老中醫會診制度，目前願意參與的名老中醫有陳俊明、丘應生、吳龍源及陳旺全醫師，進行會診、巡房以及病歷討論，使教學加分，將資深中醫師的經驗實際運用於臨床上，嘉惠更多的病患與中醫後輩。

總結上述的看法，簡單區分為三點結論：

一、學習經驗

- (一)傳統古籍：大多數名老中醫師均認為要熟讀古籍。
- (二)師徒制：例如：周左宇醫師一生有四位重要的老師。
- (三)西醫的知識：臨床治療還是需要運用到現代醫學的知識。
- (四)從病人身上學習：大多數名老中醫師均認為臨床的學習還是要從病人的身上獲得。

二、教育

- (一)建立臨床師徒制：目前中醫的學制並沒有所謂的師徒制，經由本計劃的實施我們建議應該從臨床上來建立中醫的師徒，以減少年輕資淺中醫師摸索的時間。
- (二)中醫住院病房訓練：藉由資深的名老中醫師來進行巡房會診，以訓

練年輕資淺的中醫師。目前已訪談的名老中醫，例如：陳俊明、陳旺全、吳龍源、丘應生等均已口頭同意進行中醫住院的巡房會診教學。

(三)超過 1 半以上的名老中醫師，沒有在醫院層級的中醫部門進行教學。

(四)建議政府主管機關對於有意願從事教學的名老中醫師給予相對的榮譽制度，以茲獎勵。

三、影像錄影

(一)手法操作：從名老中醫的手法操作可以很清楚了解老師的經驗。缺點：往往需要雙機或三機進行錄影拍攝，而受限於有限的經費，往往很難做到雙機或三機同時進行錄影拍攝。

(二)親身說明：此部份由名老中醫口述其學習的背景與臨床經驗，讓未能親臨現場參與的資淺中醫師有很好的臨場感。缺點：受訪的名老中醫在口述時，往往沒有層次或條理分明，需要做後續進一步的剪接及校稿，而校稿通常需要進行 2-4 校。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會計畫編號CCMP96-RD-008 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

計畫執行的過程，雖然受到很多的限制與困難，(如人力有限)，但在全體同仁的努力下，還是順利將計畫完成，亦和幾位名老中醫建立良好的關係，不僅都願意將所學寶貴知識經驗分享傳承，也都願意接受我們之後進一步的採訪，或是親自來院指導後輩醫師，使其寶貴臨床經驗得以傳承，非常感謝這些老中醫無私的指導。感謝參與本計劃的同仁，包含助理與實習醫師，助理黃虹霖不僅要安排採訪老中醫的所有事前準備與聯絡，事後也需繼續完成採訪內容的逐字稿、影音內容與資料整理，另外，學會秘書黃璿箴、助理范依婷、江佩璇、陳莉敏於自己工作之餘，也協助此計畫的執行，相當辛勞；實習醫師陳岳聰、林東宏、許明均、賴宗甫與黃淑宜等也幫助完成逐字稿校稿，並做好重點整理及表格化，實習醫師陳岳聰亦完成各老中醫對於疾病治療的橫向整理；主治醫師葉家豪，於繁忙公務之餘，也積極參與本計畫，帶領助理與實習醫師，提升計畫品質；在所有同仁的共同努力下，得以將本計劃順利推動，讓老中醫寶貴的知識經驗得以呈現。

陸、參考文獻

1. 劉舟、鄧中甲：淺析方劑學科在中醫學術傳承中的作用。成都中醫藥大學方劑教研室，成都。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL:
http://www2.bjucmp.edu.cn/fangjixuefenhui/xuehuiluntan/new_page_114.htm
2. 承接岐黃薪火 傳承中醫衣鉢。中國首屆著名中醫藥學家學術傳承高層論壇，南通。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL:
<http://big5.cctv.com/program/zhyy/20050810/100605.shtml>
3. 行政院衛生署中醫藥委員會。中醫醫療品質提昇會診計劃，2004。
4. 行政院衛生署中醫藥委員會。中醫醫療品質提昇教學門診計劃，2005。
5. 熊展鶴：長沙一些老中醫建議 確立中醫“師徒傳承”合法性。[cited 2006 Nov. 10]。Available from: URL:
http://news.xinhuanet.com/society/2006-03/12/content_4294396.htm
6. 朱良春：名師與高徒--首屆著名中醫藥學家學術傳承高層論壇選粹。[cited 2006 Nov. 10]。Available from:URL:<http://www.haotushu.com/book/1100687>
7. 劉宏鈺：雙生涯家庭女性繼續學習歷程與經驗之研究。中正大學成人及繼續教育研究所碩士論文，2003。
8. 潘淑滿：質性研究，心理出版社，2005。
9. 賴榮年等編譯：實證醫學的運用-臨床診療指引，合記圖書出版社，台灣台北，2004：14。
10. 劉渡舟：劉渡舟醫學全集，台灣，啟業書局，1998；79-80。
11. 黃啟福：中西醫結合病理學和病理生理學研究思路與方法，中西醫結合學報，2004；2(4)：245-251。
12. 劉克林：中醫辨證與西醫辨病之我見，河南中醫學院學報，2007；22(132)：9-11。
13. 林宜信等：攜手迎向未來共創中醫藥新契機，台灣中醫藥現代化暨國際化之策略與成果，行政院衛生署中醫藥委員會編印，2006；51-62。
14. 賴榮年、葉家豪：臺灣中醫界推動實證醫學種子教師現況，台灣中醫臨床醫學雜誌，2007；13(3)：171-180。

